

способствует созданию топографоанатомических ориентиров при проведении последующего восстановительного лечения.

Литература

1. Бегельман И. А. Фосфорный некроз челюстей // Горьковский мед. журн. – 1934; 4–5: 75–81.
2. Иващенко А. Л., Матрос-Таранец И. Н., Прилуцкий А. С. Современные аспекты этиопатогенеза, клинической картины и лечения остеомиелитов челюстей у пациентов с наркотической зависимостью и ВИЧ-инфекцией // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2009; 13 (1): 213–219.
3. Маланчук В. А., Копчак А. В., Бродецкий И. С. Клинические особенности остеомиелита челюстей у больных с наркотической зависимостью // Укр. мед. часопис. – 2007; 4 (60): 111–117.
4. Маланчук В. О., Бродецкий И. С. Комплексное лечение больных остеомиелитом челюстей на фоне наркотической зависимости / Матер. Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные достижения и перспективы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». – Харьков, 2010. – С. 51–53.
5. Саберов Р. З., Дробышев А. Ю. Некроз челюсти у лиц с иммунодефицитом на фоне приема наркотических препаратов / XVI Международная конференция челюстно-лицевых хирургов «Новые технологии в стоматологии», Санкт-Петербург, 2011. – С. 157
6. Marx R. Oral & Intravenous Bisphosphonates-Induced Osteonecrosis of the Jaws: History, Etiology, Prevention, and Treatment. Hanover Park, IL: Quintessence Publishing Co Inc; 2007: 1–19.
7. Marx R. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic // J. Oral. Maxillofac Surg. – 2003; 61: 1115–1117.
8. URL: http://www.narcologos.ru/news/p_4/id_286.

FACIAL OSTEONECROSES IN PERSONS WITH DRUG ADDICTION: CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS, PRINCIPLES OF TREATMENT

Professor Yu. Medvedev, MD; E. Basin

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Results of complex treatment of 35 patients with osteonecrosis of facial skeleton due to desomorphine abuse were presented. According to received data primary reconstruction is essential to create topographo-anatomical landmarks for future reconstructive treatment.

Key words. desomorphine, phosphorus necrosis, nikelid titanium, jaw osteonecrosis.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ ДОЛГОСРОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ОБУЧЕНИЕМ

С. Собченко, доктор медицинских наук, профессор,
О. Коровина, доктор медицинских наук, профессор, **С. Поспелова**
Северо-Западный медицинский институт им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург
E-mail: ssobchenko@yandex.ru

При долгосрочном лечении бронхиальной астмы требуется постоянный контроль течения заболевания и эффективности терапии, проводимой обученным пациентам. Один из критериев оценки эффективности лечебно-образовательных программ – качество жизни (КЖ) пациента. Динамическое изучение комплекса критериев (показатели всех шкал) Специализированного респираторного опросника больницы Св. Георгия показывает существенное улучшение КЖ обученных пациентов.

Ключевые слова: долгосрочное лечение астмы, обучение пациентов, опросник SGRQ, контроль астмы.

Лечение бронхиальной астмы (БА) – глобальная медико-социальная проблема, поскольку в мире страдают этим заболеванием около 300 млн людей всех возрастов, а в ближайшие десятилетия прогнозируется увеличение числа пациентов с этой патологией до 400 млн [2, 20]. Клинический опыт показывает, что оптимальное качество жизни (КЖ), снижение частоты тяжелых обострений, подбор минимальной поддерживающей терапии невозможны, пока обученный больной БА не примет активного участия в лечении. Практически все международные и отечественные рекомендации по повышению эффективности лечения астмы предусматривают обучение больных [2, 13]. Применяются разные методики обучения, эффективность которых оценивается как по клинико-функциональным показателям, так и по критериям КЖ [1, 20].

Интерес к изучению КЖ у больных БА в мировой практике появился уже давно, однако реальные результаты таких исследований стали доступны лишь в последнее десятилетие XX века [5, 6, 12, 14]. КЖ больных – один из важнейших критериев оценки эффективности лечения, а в некоторых случаях, при отсутствии существенных различий в клинико-лабораторных показателях, – самый значимый из критериев [3, 4].

Показатели КЖ помогают врачу понять влияние заболевания на жизнь пациента, определить его индивидуальную реакцию на болезнь [19]. Сегодня трудно представить себе долгосрочное лечение больного астмой без исследования его КЖ.

Существуют общие, специальные и частные опросники. Общие опросники могут использоваться для оценки КЖ

здоровых и больных различными заболеваниями, при мониторинге здоровья населения, сравнении КЖ больных с разными видами патологии. Специальные опросники разработаны для изучения КЖ при определенном заболевании, учитывают симптоматику и используются для оценки эффективности лечения [14]. С помощью частных опросников оценивают влияние болезни и лечения на отдельные сферы жизни человека (например, опросник для оценки боли).

Нами изучено влияние обучения, введенного в терапевтический комплекс при долгосрочном лечении больных БА, на их КЖ. Изучение КЖ проводилось с применением Специализированного респираторного опросника больницы Св. Георгия (Saint George Respiratory Questionnaire hospital – SGRQ) [18]. Это – валидный, надежный и чувствительный инструмент оценки КЖ больных астмой, адаптированный к российским условиям [16, 17]. Опросник содержит 76 критериев КЖ, которые объединены в 4 специальные структурные характеристики (шкалы). Шкала «Симптомы» позволяет судить о степени выраженности респираторных симптомов и клинических проявлений заболевания. Шкала «Ограничение активности» помогает выделить виды повседневной деятельности, усиливающие основные симптомы. Шкала «Влияние» характеризует степень функциональных ограничений, влияющих на основные виды жизнедеятельности, социальное функционирование пациента, дает возможность пациенту оценить свое отношение к лечению. Наконец, суммарная шкала «Общее КЖ» отражает оценку пациентом своего здоровья, клинко-социального и психологического благополучия в условиях болезни. Эти характеристики оценивали по 100-балльной шкале (чем выше значение показателя, тем сильнее влияние болезни).

Пациенты заполняли опросник самостоятельно или с элементами интервью. Динамическому опросу подлежали 2 группы респондентов (всего 76 человек). В основную группу (n=36) вошли 26 женщин и 10 мужчин (средний возраст – $52,6 \pm 2,5$ года), давших согласие на обучение управляемому самоведению и самоконтролю своего заболевания в условиях «Астма-школы». Группу сравнения составили 40 больных БА (25 женщин, 15 мужчин; средний возраст – $49,8 \pm 2,3$ года), которые не проходили обучения при долгосрочном лечении.

Первое анкетирование пациентов проводилось при включении их в исследование, повторное – на заключительном этапе исследования, через 1,5 года наблюдения.

Обследованные пациенты с БА получали однотипную медикаментозную терапию согласно современным рекомендациям (GINA, 2006), проводимую при БА в нашей стране во всех амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях. Лечение предусматривало назначение противовоспалительных (базисных) лекарств, в основном глюкокортикостероидов (ингаляционных и системных), и средств неотложной помощи (бронхолитиков). Использовали ступенчатую стратегию медикаментозного лечения БА, рекомендуемую во всех современных руководствах по клинической практике и основанную на принципах доказательной медицины [2, 11, 15]. Однако в подходах к организации лечения БА пациентов основной группы и группы сравнения имелись существенные различия.

Пациенты основной группы в течение 1,5 года получали лечение с постоянно интегрируемым в терапевтический комплекс обучением по разработанной нами оригинальной методике [7–9], которая предусматривала 2 последователь-

ных уровня обучения на фоне длительного лечения [10]. На индивидуальных приемах-занятиях осуществлялись верификация врачом диагноза БА, определение ее клинического варианта, тяжести течения, подбор индивидуализированного медикаментозного комплекса и обучение пациента. Целью 1-го уровня обучения было приобретение больным навыков, позволяющих контролировать течение заболевания и своевременно проводить медикаментозную коррекцию. К необходимым умениям и навыкам относили: наблюдение за динамикой астматических симптомов и суточной потребностью в ингаляционных бронхолитиках короткого действия; оценку данных домашнего пикфлоумониторинга.

Только после прохождения индивидуального курса пациенты продолжали обучение на групповых терапевтических занятиях (круглых столах), являющихся обязательным компонентом нашей методики. Общение в группе позволяло пациентам не только глубже осмыслить полученные знания и развить навыки самоведения, но и, опираясь на чужой опыт, избежать ошибок в применении собственных умений.

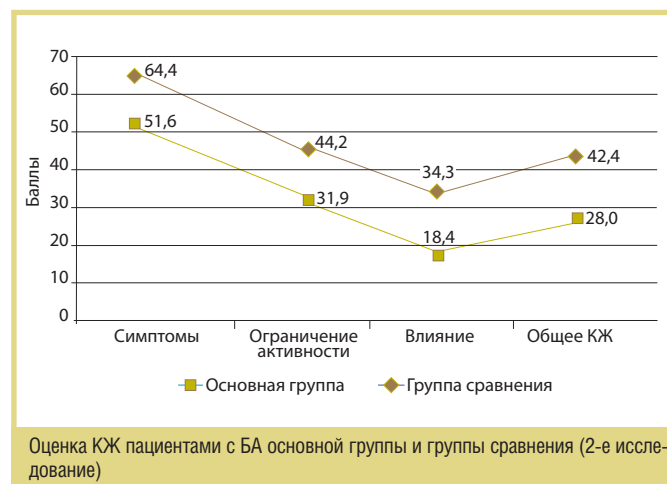
Пациенты группы сравнения после 1-го комплексного обследования и коррекции терапии в течение 1,5 года наблюдались и лечились в поликлиниках по месту жительства.

Сформированные группы не различались по полу, возрасту на момент обследования, возрасту начала заболевания (средний возраст – $30,2 \pm 2,8$ года в основной группе, $27,7 \pm 2,8$ года – в группе сравнения) и длительности БА (в основной группе – в среднем $22,4 \pm 1,9$ года, в группе сравнения – $22,1 \pm 2,4$ года).

Первый раз пациенты заполняли анкеты в период неконтролируемого течения заболевания. Критериями неконтролируемого течения БА считали:

- наличие дневных и ночных астматических симптомов;
- потребность в препаратах неотложной помощи (ингаляционных бронхолитиках короткого действия);
- ограничение повседневной активности;
- объем форсированного выдоха за 1 с <80% от должного;
- необходимость усиления противоастматической терапии.

На момент 1-го опроса 22% пациентов основной группы имели среднетяжелое и 78% – тяжелое персистирующее течение БА; в группе сравнения аналогичные показатели составили 35 и 65% соответственно. О нестабильности и плохом контроле астмы свидетельствовали и анамнестические дан-



Оценка КЖ пациентами с БА (динамическое наблюдение); М±m

| Показатель | 1-е исследование | | 2-е исследование | |
|------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| | основная группа | группа сравнения | основная группа | группа сравнения |
| Симптомы | 79,7±3,0 | 71,5±3,3 | 51,6±3,3 ^в | 64,4±3,5 ^б |
| Ограничение активности | 54,8±3,2 | 49,5±3,6 | 31,9±3,1 ^в | 44,2±3,2 ^б |
| Влияние | 47,2±3,0 | 38,6±2,8 ^а | 18,4±1,8 ^в | 34,4±3,1 ^б |
| Общее КЖ | 54,8±2,7 | 47,3±2,8 | 28,0±1,9 ^в | 42,4±2,8 ^{б, г} |

Примечание. а – достоверность различий между основной группой и группой сравнения при 1-м исследовании по U-критерию Вилкоксона–Манна–Уитни; $p < 0,05$; б – достоверность различий между основной группой и группой сравнения при 2-м исследовании по U-критерию Вилкоксона–Манна–Уитни; $p < 0,05$; в – достоверность различий показателей КЖ основной группы в динамике по критерию знаков; $p < 0,05$; г – достоверность различий показателей КЖ в группе сравнения в динамике по критерию знаков; $p < 0,05$.

ные пациентов основной группы и группы сравнения: число вызовов «неотложной помощи» – $5,8 \pm 1,6$ и $5,0 \pm 0,9$, число госпитализаций – $1,8 \pm 0,2$ и $1,7 \pm 0,2$ соответственно на 1 больного за год до настоящего обследования. Пациентов группы, которая в дальнейшем дала согласие на лечение в условиях «Астма-школы», отличали от группы сравнения более частые обострения, требующие не только пересмотра медикаментозного лечения, но и реанимационных мероприятий по поводу астматических состояний и тяжелых приступов удушья.

Полученные нами в период отсутствия контроля (1-е исследование) результаты анкетирования (см. таблицу) выявили очень низкую оценку своего КЖ всеми пациентами, о чем свидетельствовали высокие цифры по всем шкалам опросника.

Пациенты обеих групп негативно оценивали влияние основных проявлений болезни на их КЖ (шкала «Симптомы»), основные виды повседневной деятельности, вызывающие и усиливающие респираторную симптоматику (шкала «Ограничение активности»), что суммарно отразилось в шкале «Общее КЖ».

Нами выявлена взаимосвязь между показателями всех шкал опросника и тяжестью течения БА, числом вызовов «скорой помощи», частотой госпитализаций, обострений БА за предшествующий год на 1 пациента, что свидетельствует об ухудшении КЖ пациентов по мере увеличения потребления ими ресурсов здравоохранения.

Несомненный интерес представляли различия по показателям шкалы «Влияние». Более высокие показатели этой шкалы у пациентов основной группы отражали более высокую степень их функциональных ограничений, влияющих на основные виды жизнедеятельности, социальное функционирование, а также низкую оценку ими лечения, что в определенной мере может объяснить их желание наблюдаться в дальнейшем в условиях «Астма-школы».

Повторный опрос респондентов проводили через 1,5 года на заключительном этапе исследования. К этому времени степень контроля над заболеванием у большинства пациентов (72%), имеющих исходно неконтролируемое течение БА, существенно изменилась. Уровень текущего контроля, согласно критериям, изложенным в GINA-2006, квалифицировался у респондентов основной группы как частично контролируемая БА (33,3%) и контролируемая БА (66,7%), что сопряжено с уменьшением тяжести течения

астмы. Несколько другая картина наблюдалась у респондентов группы сравнения: у большинства из них (52,5%) заболевание имело неконтролируемое течение; частично контролируемое течение БА было диагностировано у 37,5% больных и только у 10% – контролируемое.

Результаты анкетирования представлены в таблице и на рисунке, из которых хорошо видно, что группы существенно различаются по оценкам КЖ.

У пациентов основной группы на фоне лечения с обучением наблюдалась благоприятная динамика показателей КЖ, о чем свидетельствовало снижение показателей всех шкал опросника. Одновременно с уменьшением выраженности респираторной симптоматики, болезненных проявлений обращало на себя внимание резкое (почти трехкратное) снижение показателя «Влияние» и двукратное снижение показателя «Общее КЖ» (см. таблицу). Полученные данные свидетельствовали о том, что

у пациентов, обучавшихся в «Астма-школе», уменьшились число и объем функциональных ограничений профессиональной и бытовой деятельности, значительно улучшились субъективные характеристики психологического комфорта, их меньше стала беспокоить тревога по поводу эпизодического ухудшения течения БА и негативных эффектов медикаментозного лечения.

Напротив, у пациентов группы сравнения, получавших традиционное медикаментозное лечение без обучения, мы не наблюдали положительной динамики показателей КЖ, т.е. они существенно не изменились по сравнению с исходными. Результат сопоставления данных анкетирования на заключительном этапе исследования (см. рисунок) показал, что пациенты, овладевшие навыками управляемого самоведения астмы, легче переносят заболевание (о чем свидетельствует комплекс критериев – показатели всех шкал – Специализированного респираторного опросника больницы Св. Георгия), чем больные, получающие рутинную терапию.

Изучение КЖ у больных БА с помощью опросника SGRQ позволяет не только оценить эффективность долгосрочного лечения, но и подходы к его организации. Введение образовательных программ в терапевтический комплекс пациентов с БА благотворно влияет на оценку ими КЖ. По оценкам обученных пациентов, за время долгосрочного лечения улучшилось состояние их здоровья, уменьшилось влияние болезни на их повседневную жизнь и социальную активность, повысилась их приверженность терапии, что свидетельствует об эффективности комплексного (медикаментозно-образовательного) подхода к лечению.

Литература

- Белевский А.С. Бронхиальная астма: образовательные программы для больных как составная часть лечения: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2000. – 45 с.
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. /под ред. А.Г. Чучалина – М.: Атмосфера, 2007. – 104 с.
- Григорьева Н.О. Инвалидность, качество жизни и особенности организации медико-социальной экспертизы больных бронхиальной астмой: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 25 с.
- Перцева Т.А., Конопкина Л.И., Ботвинникова Л.А. Качество жизни больных, страдающих аллергическими заболеваниями // Астма и аллергия. – 2002; 1: 32–37.

5. Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии (по материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТ – МА-98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) // Тер. архив – 2000; 72 (3): 36–40.

6. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких // Хронические обструктивные болезни легких / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: БИНОМ, 2000. – С. 171–191.

7. Собченко С. А. Особенности течения и организация длительного лечения поздней астмы: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – СПб., 1997. – 302 с.

8. Собченко С. А. Что должен знать и уметь больной бронхиальной астмой. СПб.: Школа для больных бронхиальной астмой при кафедре пульмонологии СПб. МАПО. – СПб., 2006. – 55 с.

9. Собченко С. А. Что должен знать и уметь врач, занимающийся длительным лечением больных бронхиальной астмой: пособие для врачей. – СПб.: Нордмедиздат, 2008. – 144 с.

10. Собченко С. А., Поспелова С. Н., Лешенкова Е. В. Изменение концепции ведения пациентов с бронхиальной астмой // Врач. – 2011; 3: 2–4.

11. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Грантъ, 1999. – 40 с.

12. Суховская, О. А. Илькович М. М., Игнатъев В. А. Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания // Пульмонология. – 2003; 1: 96–100.

13. Федосеев Г., Трофимов В. Стандарты лечения заболеваний и принцип «лечить не болезнь, а больного» – есть ли компромисс? // Врач. – 2010; 12: 2–5.

14. Хамитов Р. Ф., Пальмов Л. Ю., Новоженев В. Г. Оценка качества жизни при хронической бронхолегочной патологии // Рос. мед. вести. – 2004; 3: 13–19.

15. Цой, А. Н., Архипов В. В. Применение системы доказательной медицины в лечении бронхиальной астмы // Русс. мед. журн. – 2001; 1 (9): 4–8.

16. Шмелев Е. И., Беда М. В., Jones P. W. и др. Качество жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Пульмонология. – 1998; 3: 79–80.

17. Ferrer M., Villasante C., Alonso J. et al. Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire // Eur Respir J. – 2002; 19: 405–413.

18. Jones P. Quality of life measurement: the value of standardization // Eur. Resp. Rev. – 1997; 7 (42): 46–49.

19. Juniper E., Guyatt G., Ferrie P. et al. Measurement quality of life in asthma // Am. Rev. Respiratory Diseases. – 1993; 147 (4): 832–838.

20. Partridge M. Patient education and delivery of care // Asthma. European respiratory monograph. – 2003; 8: 449–453.

ESTIMATION OF ALTERED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ASTHMA DURING LONG-TERM TREATMENT WITH TRAINING

Professor **S. Sobchenko**, MD; Professor **O. Korovina**, MD; **S. Pospelova**

I.I. Mechnikov North-Western Medical Institute, Saint Petersburg

Long-term treatment for asthma requires continuous monitoring of its course and the efficiency of therapy performed in trained patients. A patient's quality of life (QL) is one of the criteria for evaluating the effectiveness of therapeutic educational programs. A follow-up study of a set of criteria (the values of all scales) of the Saint George's respiratory questionnaire shows a substantial QL improvement in the trained patients.

Key words: long-term asthma treatment, patient training, Saint George's respiratory questionnaire, asthma control.

ВОЗМОЖНОСТИ СТРУЙНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ГОРТАНИ

Л. Колотилов, кандидат медицинских наук,
В. Павлов, кандидат медицинских наук,
С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор
СПбГМУ И. П. Павлова
E-mail: leon956@yandex.ru

Представлены возможности использования струйной вентиляции легких в качестве компонента анестезиологического обеспечения эндоскопических микрохирургических вмешательств в просвете гортани. Рассмотрены отличия струйной вентиляции от традиционной, даны характеристики основных установочных параметров, а также пояснения их влияния на газообмен в легких. Для обеспечения безопасности больного при использовании различных способов струйной вентиляции рассматриваются возможности современных методов мониторинга, вероятные осложнения и профилактические мероприятия.

Ключевые слова: эндоскопическая хирургия гортани, анестезия, струйная вентиляция легких, мониторинг, безопасность.

Малоинвазивная эндовидеохирургия улучшает косметический эффект, уменьшает операционную травму и сокращает пребывание больного в стационаре. Внедрение эндоскопических операций на верхних отделах дыхательных путей (ДП) и расширение их объема во многом связаны с достижениями анестезиологии. Работа хирурга в ограниченном просвете гортани сопряжена с трудностями поддержания газообмена больного, поэтому требуются специальные методики респираторной поддержки. Как показывает международный и 25-летний опыт нашей клиники (ЛОР-болезней СПбГМУ И. П. Павлова), наилучшие возможности для выполнения эндоскопических вмешательств в просвете гортани и верхних отделов трахеи обеспечивает общая анестезия с использованием внутривенных анестетиков и струйной вентиляции (СВ) легких через тонкий эндотрахеальный катетер или инжектор операционного ларингоскопа [1–3, 8]. СВ позволяет выполнять эндоларингеальные вмешательства через операционный микроскоп под контролем бинокулярного зрения, при нем достигаются наилучший гемостаз и четкая линия демаркации тканевой деструкции.

Адекватность вентиляции и оксигенации во многом зависит от умений и опыта как анестезиолога, так и эндоскописта. Фактические знания в этой области часто основаны на личном опыте и в меньшей степени – на результатах исследований. Нами проведены технические эксперименты, результаты которых показали, что подаваемые объемы газа при одинаковых установочных параметрах зависят от выбранной модели струйного респиратора [2].